EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DE

M. LE DOCTEUR VOILLEMIER

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1867

EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DE

M. le docteur VOILLEMIER.

TITRES.

Au concours de l'externat, nommé le second, et à celui de l'internat, nommé le troisième.

Lauréat de la Faculté de médecine (prix Monthyon, 1839).

Nommé, au concours de 1844, agrégé de la Faculté de médecine et resté neuf ans en exercice.

Chargé d'un cours de clinique chirurgicale pendant trois ans (1846, 1847, 1849).

Chargé du cours de médecine opératoire à la mort de Blandin.

Chargé du cours de pathologie externe à la mort de Marjolin.

Cours particuliers de clinique chirurgicale pendant huit ans.

Chargé pendant trois ans du cours complémentaire de clinique sur les maladies des voies urinaires.

TRAVAUX.

I. — *Histoire de la fièvre puerpérale ou fièvre pyogénique observée, en 1838, à l'hôpital des Cliniques.*

(Ce Mémoire a remporté le prix Monthyon à la Faculté de médecine de Paris en 1839.)

Dans ce travail se trouve exposée, d'après de nombreuses observations, la marche de l'épidémie qui a décimé les femmes en couches en 1838. L'auteur, après en avoir recherché les causes et décrit les principaux caractères, s'attache à montrer les rapports qui existent entre les symptômes de la maladie et les lésions anatomiques, et il arrive aux conclusions suivantes :

S'il est permis de diagnostiquer une péritonite à cause d'un épanchement constaté dans la cavité du péritoine, des abcès dans l'épaisseur des muscles ou dans une articulation, il n'est point possible de savoir si l'on rencontrera du pus dans les veines, dans les lymphatiques, dans le tissu cellulaire ou dans l'épaisseur de l'utérus. On peut tout au plus avoir quelques présomptions, en se fondant sur les autopsies précédentes, pour prévoir les lésions qui se présenteront, à cause de l'espèce d'uniformité qu'affectent les maladies épidémiques. C'est qu'en effet la fièvre puerpérale n'est pas une maladie de tel ou tel organe en particulier. Ce n'est pas plus une métro-péritonite qu'une phlébite utérine ou une lymphite, mais une affection générale. Si, ne considérant plus quel est le siége des altérations, on envisage seulement leur nature, on verra que peu importent les tissus affectés, veines, lymphatiques, péritoine ou utérus, mais qu'il existe un caractère anatomique invariable : c'est la présence du pus dans l'économie.

Maintenant, que ce pus se rencontre presque constamment dans le péritoine, cela s'explique par les modifications importantes qu'a éprouvées cette membrane pendant la gestation, par les tiraillements que lui font subir les contractions répétées de l'utérus pendant l'accouchement, par la susceptibilité phlegmasique si prononcée des séreuses; que le pus soit assez souvent dans les veines ou les lymphatiques, cela s'explique encore par le développement considérable de ces organes et par leur vitalité si singulièrement exagérée. Mais qu'importe que tel ou tel organe soit affecté ? Qu'importe le siége de l'alté-

ration ? Ce qui importe, c'est sa nature. La goutte, pour intéresser telle ou telle articulation, tel ou tel viscère, n'en est pas moins une maladie générale.

Il en est de même pour la maladie connue sous le nom de *fièvre puerpérale.* C'est une affection générale dont le caractère anatomique est la présence du pus dans l'économie, et, pour cette raison, sans attacher trop d'importance au siége qu'il occupe, l'auteur croit qu'il serait plus convenable de donner à la maladie le nom de *fièvre pyogénique* des femmes en couches.

II. — *Mémoires sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius.*

Le travail que Dupuytren a publié sur ce sujet fit loi pendant bien des années. Jusqu'en 1842, il était admis par tous les chirurgiens; les fractures de l'extrémité inférieure du radius étaient toujours obliques, et les fragments taillés en bec de flûte. On démontrait que la solution de continuité devait être oblique de haut en bas et d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, suivant que la chute avait eu lieu sur la face dorsale ou sur la face palmaire de la main. De cette obliquité on faisait découler les altérations variées de la forme du poignet; de la facilité que les fragments taillés en biseau avaient à glisser l'un sur l'autre, on concluait à la nécessité d'appareils contentifs, solidement appliqués, et même d'appareils à extension continue. Le point de départ était faux, et il conduisait nécessairement à une mauvaise thérapeutique.

Ce mémoire a prouvé et fait admettre généralement :

1° Que les fractures de l'extrémité inférieure du radius, produites par une chute sur le dos ou sur la paume de la main, ne sont point *obliques*, mais *transversales*.

2° Que le corps du radius composé de tissu compacte pénètre dans le tissu spongieux de la tête de l'os, s'y enclave ou le fait éclater.

3° Que les fragments sont dans l'impossibilité de se déplacer dans le sens de leur longueur.

4° Que l'extrémité inférieure du radius n'a subi qu'un déplacement dans son axe, suivant que la pénétration a été plus grande en avant ou en arrière.

5° Que la difformité du poignet ne consiste pas dans un mouvement d'ab-

duction de la main en dehors, mais dans un déplacement de la totalité de la main et du fragment inférieur.

6° Qu'il n'y a pas lieu de faire une véritable réduction, et que toute tentative pour rendre à l'os sa longueur serait inutile, puisqu'il y a attrition d'une partie du tissu osseux ; enfin, qu'il faut se contenter de ramener dans son axe normal la tête du radius qui est généralement déviée en arrière.

7° Que de cette attrition du tissu osseux et de la pénétration des fragments l'un dans l'autre résulte une difformité qui ne peut disparaître entièrement.

8° Qu'il est inutile et nuisible d'employer des appareils à extension continue ou très-serrés ; que l'appareil le plus simple suffit pour maintenir les fragments dans une position convenable.

III. — *Des fractures par pénétration en général.*

Après avoir examiné d'une manière générale les caractères anatomiques qui distinguent ces fractures de celles qui ont lieu avec écrasement, les désordres qui les accompagnent et les conséquences thérapeutiques qui en découlent, j'ai recherché ce qu'elles présentent de particulier, suivant la partie du squelette qu'elles occupent. Ainsi j'ai été conduit à parler assez longuement des fractures de la hanche. Précisant le rôle que joue la pénétration dans les fractures du col du fémur, j'ai montré que, dans beaucoup de cas, elle est plus apparente que réelle ; qu'elle est rarement complète, soit dans la tête de l'os, soit dans le grand trochanter ; que, le plus souvent, la paroi supérieure du col du fémur est broyée, tandis que l'inférieure, formée par une lame compacte beaucoup plus épaisse et taillée en manière d'éperon, pénètre facilement dans le tissu spongieux. Ces considérations m'ont conduit à indiquer les caractères qui distinguent les fractures du col du fémur dans lesquelles les fragments sont séparés l'un de l'autre de celles dans lesquelles il y a pénétration, et à montrer qu'un appareil est entièrement inutile dans celles-ci, tandis qu'il est indispensable dans les autres.

IV. — *Des fractures par arrachement.*

Dans le mémoire qui a pour sujet les fractures de l'extrémité inférieure du radius se trouvent déjà relatés des faits de solutions de continuité intéressant

toute l'épaisseur de l'os et produites par arrachement. Ici, distinguant ces fractures suivant qu'elles sont déterminées par la contraction musculaire ou par une distension exagérée des ligaments, j'ai eu pour but de faire ressortir l'importance du rôle qu'elles peuvent jouer dans les lésions traumatiques des articulations. C'est à ces arrachements qu'il faut, dans beaucoup de cas, attribuer la gêne prolongée des mouvements après la réduction de certaines luxations et la gravité tout à fait imprévue de quelques entorses qui paraissaient peu sérieuses, au premier abord. Ce travail est le complément de ce que l'on savait sur les décollements épiphysaires.

V. — *Des fractures verticales du sacrum.*

(Mémoire lu à l'Académie de médecine.)

Ces fractures étaient complétement inconnues. Le premier fait que j'ai rencontré était tellement nouveau et extraordinaire que j'ai gardé la pièce pathologique pendant plusieurs années, sans pouvoir me rendre un juste compte du mécanisme de la lésion qu'elle présentait. D'autres faits m'ayant suffisamment éclairé, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un travail sur ce sujet.

Ce mémoire, qui contient la description de plusieurs pièces anatomiques et des observations détaillées, établit les faits suivants :

1° Dans une chute d'un lieu élevé, ou par suite d'un choc direct très-violent, le sacrum peut être fracturé dans le sens de sa longueur.

2° La fracture est verticale et passe presque toujours par les trous sacrés.

3° Elle est nécessairement accompagnée d'une fracture de la branche ascendante de l'ischion et de la branche horizontale du pubis.

4° Cette fracture a toujours lieu par une cause directe.

5° Elle est produite par arrachement. Le sacrum étant formé par un tissu spongieux recouvert d'une lame très-mince de tissu compacte, et, d'un autre côté, les trousseaux ligamenteux qui le réunissent à l'os iliaque en arrière de la surface sacrée articulaire, il résulte de cette double condition que les os cèdent plutôt que les ligaments. Quelquefois il y a une véritable luxation sacro-iliaque, et, d'autres fois, une fracture verticale du sacrum.

6° Par l'examen de la difformité, il est possible de distinguer la luxation de la fracture.

7° Dans les cas de fracture, il serait dangereux de tenter la réduction, et surtout impossible de la maintenir.

VI. — *Des luxations du poignet.*

A une certaine époque, la plupart des chirurgiens admettaient la luxation du poignet comme un accident fréquent, mais aucun d'eux n'avait décrit de pièce pathologique. Au commencement de ce siècle, on eut le tort non moins grand d'en nier l'existence. Comme, dans tous les cas qui avaient été cités, la luxation avait été réduite, il était facile de contester le diagnostic, et, il faut bien le dire, ce n'était pas sans quelque raison. D'un autre côté, les quelques pièces qu'on présentait comme des luxations étaient anciennes, la déformation des os permettait d'admettre une maladie de l'articulation.

Le hasard m'ayant permis de constater une luxation en arrière du poignet sur un malade qui mourut en arrivant à l'hôpital, je me gardai de la réduire. La pièce fut disséquée en présence de MM. Lenoir, Desprez et Denonvilliers. Il ne put rester aucun doute sur la nature de la lésion. Ce fait m'a permis d'étudier le mécanisme de la luxation et d'exposer ses signes avec assez de précision pour qu'il soit désormais impossible de la confondre avec une fracture du radius.

VII. — *De la claudication.*

(Thèse d'agrégation, 1844.)

On avait toujours dit que la claudication était l'action de boiter.

Je crois l'avoir mieux définie en disant qu'elle consiste dans l'*inégalité des oscillations du corps pendant la marche.*

Après avoir établi le mécanisme normal de la marche, j'ai montré comment ses agents ne pouvaient être modifiés sans produire la claudication. Tantôt ce sont les leviers osseux qui sont plus courts ou plus bornés dans leurs mouvements, tantôt ce sont les puissances motrices qui sont lésées, et à chaque altération correspond un mode particulier de claudication.

Il était alors facile de tirer de cette donnée des applications pratiques, et, pour exemple, j'ai montré que tout boiteux au repos, s'il voulait se mettre en

marche, partait du membre malade. C'est qu'étant obligé de porter tout le poids du corps sur un des membres pour détacher l'autre du sol, il choisit instinctivement celui qui est sain. Ainsi chez les tout jeunes enfants qui ont une jointure malade sans pouvoir l'indiquer, il est facile, en les faisant marcher, de voir quel est le membre dont ils souffrent.

Enfin, j'ai décrit d'une manière générale les différents traitements qui conviennent aux diverses espèces de claudication.

VIII. — *Des kystes du cou.*

(Thèse de concours pour une chaire de clinique chirurgicale, 1851.)

Dans cette thèse se trouve exposé l'historique des maladies connues sous le nom de *goîtres*.

La partie originale de ce travail est celle où, après avoir constaté que si la plupart des tumeurs de la glande thyroïde ont pour siége ses granulations, il est montré qu'un assez grand nombre se développent dans le tissu cellulaire interlobulaire. Dans ces dernières, on ne trouve plus un liquide épais, couleur chocolat ou brunâtre, mais un liquide séreux semblable à celui de l'hydrocèle; les parois, au lieu d'avoir une épaisseur considérable et incapables de revenir sur elles-mêmes, sont minces et très-souples. De là un traitement très-différent. Si dans les premières il est nécessaire d'ouvrir largement la poche et de la faire suppurer, opération difficile et dangereuse, il suffit, pour les secondes, de les ponctionner et d'enflammer l'intérieur de leur cavité, afin d'amener l'accolement des parois. A l'appui de cette manière de voir, j'ai cité des observations de succès très-rapide.

IX. — *Des ponctions capillaires dans le traitement de certaines collections de sang et de pus.*

Dans ce mémoire, il est montré combien on s'était écarté, dans ces dernières années, des saines notions physiologiques et de l'observation exacte des faits, en admettant, à la suite de fortes contusions, des épanchements séreux simples. Le remarquable mémoire de Pelletan sur les épanchements sanguins, qui avait été comme oublié, s'y trouve rappelé et complété par de nouvelles recherches.

Au moyen de l'examen par le microscope, j'ai montré que les prétendus épanchements de sérosité n'étaient que des collections de sang dont les globules s'étaient déposés en partie sur les parois de la poche et en partie décomposés; que, dans ce dernier cas, le liquide était souvent de la couleur du sang veineux, bien qu'on ne trouvât que de rares globules altérés.

Les moyens que Pelletan recommandait contre ces épanchements étaient dangereux; ceux qu'on employait encore aujourd'hui ne l'étaient pas moins, et j'ai cité plusieurs observations de mort dans des cas qui semblaient, au premier abord, très-simples. Cette gravité avait sa cause dans le contact de l'air et le développement d'une suppuration qui s'étendait partout où existait l'infiltration sanguine. C'est pour éviter ces accidents que j'ai imaginé les ponctions capillaires.

Quand les parois de la poche sanguine sont peu épaisses, il suffit de les traverser avec la *tige* d'un trocart explorateur. Cette petite ouverture, pratiquée par un instrument qui écarte les tissus au moins autant qu'il les divise, est suffisante pour laisser sortir la sérosité séparée des globules, et cependant trop étroite pour permettre l'entrée de l'air que, du reste, rien ne sollicite à entrer dans la poche. Comme une nouvelle quantité de liquide vient remplacer celle qui a été évacuée, on revient plusieurs jours de suite aux ponctions.

Bien que les plaies produites par la tige du trocart soient vraiment capillaires, il faut empêcher qu'elles ne s'enflamment en les recouvrant de cataplasmes.

Ces ponctions sont si innocentes, qu'on peut les pratiquer pour vider des collections de sang siégeant sur une fracture, sans craindre de déterminer une inflammation. J'ai cité plusieurs observations qui me sont particulières et d'autres appartenant à M. Houel. Dans toutes, le succès a été rapide et complet.

On peut encore appliquer ces ponctions dans des cas d'abcès ganglionnaires, situés au cou, chez des jeunes filles. Alors il faut se servir d'une tige de trocart de 2 millimètres de diamètre. Par ce traitement on peut éviter toute cicatrice.

X. — *D'une modification du traitement de l'hydrocèle.*

Malgré les perfectionnements apportés au traitement de l'hydrocèle et les avantages de la teinture d'iode sur les injections vineuses, la guérison de cette maladie exigeait encore de dix-huit à vingt-cinq jours. Ce temps était néces-

saire pour amener la résorption du liquide nouveau sécrété par la vaginale enflammée. Quelquefois même, quand cette résorption était entravée, il se produisait une récidive.

Je remédie à ces inconvénients de la façon suivante :

Aussitôt l'injection terminée et le liquide iodé évacué, j'enveloppe les bourses avec des bandelettes de diachylon comme d'un suspensoir. Il n'y a pas de compression, mais cette carapace s'oppose à la reproduction du liquide vaginal à la manière dont le thorax borne une pleurésie. Aussi ne se développe-t-il que l'inflammation nécessaire à la fusion des deux feuillets de la vaginale, sans que bien souvent il se forme un épanchement.

Le jour même de l'opération, les malades se lèvent et marchent; au bout de six à huit jours, ils sont guéris. Je ne compte pas les cas de succès qui sont très–nombreux.

XI. — *De la section sous-cutanée du tendon direct de l'orbiculaire dans le traitement de l'entropion déterminé par le spasme permanent des paupières.*

La section du muscle avait été pratiquée avant moi dans cette maladie, mais sans résultat heureux. C'est qu'il était impossible, avec les procédés employés, de diviser complétement les fibres musculaires dont les insertions pénètrent dans l'épaisseur de la peau. En coupant, au contraire, le tendon direct, il suffit d'une petite incision pour ôter au muscle ses points d'appui vers le grand angle de l'œil, et il se trouve complétement relâché.

En pratiquant l'opération d'après les règles que j'ai posées, on n'intéresse pas le sac lacrymal et l'on évite toute difformité. Les deux malades que j'ai opérés par ce procédé ont parfaitement guéri. Leurs observations ont été publiées.

XII. — *Des injections alimentaires par le bout inférieur de l'intestin dans l'anus contre nature.*

Tous les chirurgiens savent qu'il faut souvent attendre un temps assez long avant d'opérer les anus contre nature, surtout si l'opération qu'on doit employer consiste dans la section de l'éperon par le procédé de Dupuytren. Or, pendant

cet ajournement les malades dont l'anus contre nature siége sous un point rapproché de l'estomac dépérissent rapidement et meurent quelquefois sans avoir pu être opérés. C'est pour prévenir cette funeste terminaison que j'eus l'idée d'utiliser la partie de l'intestin située au-dessous de l'anus contre nature, en injectant dans sa cavité du bouillon, des jus de viande, des potages, etc. Des expériences souvent répétées sur des chiens me confirmèrent dans mes espérances, et ce nouveau moyen fut appliqué avec succès chez plusieurs malades. Voici quels sont ses avantages :

1° Il permet de soutenir les forces du malade et de différer l'opération autant qu'on le juge nécessaire pour que l'éperon soit parfaitement établi.

2° Il entretient dans une certaine mesure le calibre de l'intestin, ce qui permet, après l'opération, aux matières qui viennent du bout supérieur de s'engager dans le bout inférieur. De cette façon on évite les coliques violentes et les abcès produits au niveau de l'anus contre nature par l'arrêt des matières.

XIII. — *Amputation sus-malléolaire de la jambe avec lambeau postérieur comprenant le tendon d'Achille.*

Tout en admettant les avantages incontestables de l'amputation sus-malléolaire de la jambe, l'insuffisance des procédés opératoires était telle, que beaucoup de chirurgiens penchaient à lui préférer l'amputation dans le lieu d'élection. Avec le procédé nouveau que j'ai imaginé, on taille un lambeau postérieur dans lequel on conserve tout le tendon d'Achille. J'ai montré que si, d'une manière générale, la présence des tendons dans l'épaisseur des lambeaux doit être évitée, il en est autrement pour le tendon d'Achille, dont la structure est toute particulière, et que sa présence, loin de nuire à la réunion de la plaie, offre de très-grands avantages.

1° La longueur du lambeau postérieur qui recouvre facilement les os permet de pratiquer l'amputation aussi bas que possible et dans un point très-rapproché de l'articulation tibio-tarsienne.

2° Le tendon d'Achille replié au devant des os forme un coussinet fibreux très-épais, sur lequel ils peuvent s'appuyer.

3° La présence de ce coussinet permet aux malades de marcher avec une

simple bottine, au lieu d'un appareil compliqué et lourd qui prendrait son point d'appui sur l'ischion. M. le docteur Laborie, qui reçoit comme convalescents à l'asile de Vincennes la plupart des opérés de nos hôpitaux, a lu à la Société de chirurgie un travail dans lequel il dit que les seuls bons résultats de l'amputation sus-malléolaire ont été obtenus par mon procédé.

XIV. — *Du traitement des anévrysmes traumatiques du pli au bras.*

Si dans les anévrysmes artérioso-veineux il était admis que la ligature des deux bouts de l'artère pouvait seule donner la guérison, on appliquait la méthode d'Anel quand l'artère seule avait été blessée. D'après plusieurs faits empruntés à la pratique d'autres chirurgiens, et d'après quelques succès qui me sont propres, j'espère avoir démontré qu'il est plus simple et toujours plus sûr d'opérer par la méthode ancienne, et de lier les deux bouts de l'artère au niveau même de la blessure.

XV. — *Des luxations de la rotule.*

On se rappelle les longues discussions qui ont eu lieu entre MM. Robert et Malgaigne sur les luxations de la rotule en dedans: l'un niait et l'autre affirmait leur existence. Après avoir étudié minutieusement les dispositions anatomiques de l'articulation, et le rôle que jouait la rotule dans les mouvements de cette jointure, j'ai montré, par des expériences sur le cadavre : 1° que la luxation de cet os en dedans était possible ; 2° que si l'on n'en rencontrait pas d'exemple, c'est que par suite de la disposition des surfaces articulaires, de la direction des puissances musculaires, la luxation à peine produite se réduisait d'elle-même.

XVI. — *Des injections de perchlorure de fer à haute dose dans les varices.*

Les injections au perchlorure de fer dans les varices sont dues à Pravaz. Elles ont été employées avec succès par MM. Vallet, Desgranges, Pétrequin, etc. Cependant elles ont été acceptées dans la pratique avec une certaine réserve, parce que d'une part les varices ne sont pas, en général, une maladie grave ; et que, d'autre part, leur guérison exigeait des opérations multipliées qui

n'étaient pas sans danger. En changeant complétement le manuel de cette opération, j'ai obtenu plus de trois cents succès qui, pour la plupart, ont été publiés dans les thèses de mes internes, et j'ai rendu ce moyen thérapeutique des plus simples.

Dans l'ancien procédé, après avoir appliqué une ligature sur le membre, on piquait la veine variqueuse avec un trocart très-fin, et l'on injectait *quatre* ou *cinq* gouttes de perchlorure de fer. La canule était retirée, et l'on fermait la piqûre avec un morceau de diachylon. 1° Il fallait, pour oblitérer une longue veine, de six à dix opérations. 2° Assez souvent une portion de perchlorure de fer, épanchée dans le tissu cellulaire, produisait des abcès. Voilà les deux plus grands inconvénients que j'évite en procédant de la manière suivante.

M'appuyant sur ce fait que le perchlorure de fer est plus pesant que le sang, après avoir placé le malade debout, j'injecte vingt, trente et même quarante gouttes du liquide coagulant dans la partie supérieure de la veine. Si l'on attend un temps suffisant, de dix minutes à un quart d'heure, le perchlorure de fer descend par son propre poids jusqu'à une distance assez grande. Sur plusieurs malades une injection pratiquée sur la saphène, à la partie moyenne de la cuisse, a suffi pour coaguler le sang dans un large réseau veineux qui descendait jusqu'aux malléoles.

Pour empêcher la perchlorure de fer de s'infiltrer dans le tissu cellulaire, j'emploie deux moyens : 1° Je n'enlève la canule et la seringue qu'après avoir fait coucher le malade, afin que les veines n'étant plus gonflées outre mesure, le sang, en sortant de leur cavité par la petite plaie, n'entraîne pas le perchlorure au dehors. 2° Au lieu de fermer la plaie avec du diachylon, je la laisse ouverte, et souvent on voit sortir une petite goutte de perchlorure de fer qui aurait glissé dans le tissu cellulaire, si l'on avait bouché l'ouverture cutanée.

XVII. — *De la ponction sous-pubienne de la vessie.*

(Travail lu à l'Académie de médecine.)

Depuis assez longtemps on avait renoncé à attaquer la vessie par son bas-fond, en passant par le rectum ou à travers la prostate pour donner issue aux urines. Ces opérations étaient regardées avec raison comme dangereuses et souvent insuffisantes. On était à peu près d'accord pour n'employer que la

ponction au-dessus des pubis, bien qu'on ne se dissimulât pas le danger de pénétrer dans le péritoine quand la vessie était petite, à parois épaisses, et surtout quand elle contenait peu d'urine.

Toutes ces raisons m'avaient porté à chercher une voie nouvelle pour pénétrer dans la vessie. Après avoir examiné avec le plus grand soin les rapports des parties, j'ai pu me convaincre qu'il existait au-dessous des pubis, entre les os et la face dorsale de la verge, un espace plus que suffisant pour le passage d'un trocart de volume ordinaire. Je m'attachai à rechercher sur le cadavre comment l'opération devait être pratiquée, et ce n'est qu'après m'être assuré des chances heureuses qu'elle présentait que je l'ai faite sur le vivant. Aucun accident ne s'est présenté; le malade a parfaitement guéri. Cette opération, entièrement nouvelle, trouvera plus d'une fois son légitime emploi dans des cas où les autres procédés seraient difficilement applicables.

XVIII. — *Publication d'un premier volume sur les maladies des voies urinaires.*

Je signalerai seulement quelques parties importantes contenues dans ce volume.

1° L'anatomie pathologique de l'uréthrite et des rétrécissements décrite d'après des pièces que j'ai préparées et conservées au nombre de plus de 150.

2° Le rôle de l'uréthrite dans la production des rétrécissements.

3° Une théorie nouvelle de la dilatation rattachée aux lois générales de la pathologie.

4° Le traitement de beaucoup de rétrécissements par la divulsion au moyen d'un nouvel instrument que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie.

5° La description de lésions nouvelles résultant de l'uréthrotomie (poches uréthrales).

6° Un nouveau mode de ponction vésicale au-dessous des pubis.

7° Une nouvelle théorie du spasme de l'urèthre.

8° Un nouveau procédé de guérison de certaines fistules uréthro-péniennes.

9° Un nouveau procédé de guérison de retrécissements qui succèdent à la section de la verge.

10° L'étude du mode de développement des calculs de l'urèthre.

11° Un nouveau procédé de guérison de l'épispadias par la formation d'un canal nouveau au-dessous de l'urèthre ancien, etc.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.